Dissozialität

Psychiatrische und forensische Aspekte

Th. R. Payk

Mit 13 Abbildungen und 28 Tabellen

Schattauer Stuttgart – New York 1992

Pathologisches Spielen und delinquentes Verhalten

Probleme der forensischen Begutachtung

I. Hand

Die Rolle des Sachverständigen vor Gericht

In den vergangenen Jahren haben sich Begutachtungsaufträge an Psychiater oder Psychologen im Rahmen von Gerichtsverhandlungen gegen Personen, die delinquente Handlungen im Zusammenhang mit exzessivem Spielen begangen haben, erheblich gehäuft. Nicht selten beschränkten sich diese auf die Fragestellung, ob eine „Spielsucht" vorliege, und dadurch die Schuldfähigkeit hinsichtlich der delinquenten Handlungen als aufgehoben (§ 20 StGB) oder vermindert (§ 21 StGB) zu betrachten sei. Die strafrechtlichen Konsequenzen einer gutachterlich festgestellten verminderten Schuldfähigkeit (eine aufgehobene Schuldfähigkeit wird selten attestiert) ergeben sich dann jedoch keineswegs alleine aus derselben: „Verminderte Schuldfähigkeit ist ein fakultativer, besonderer gesetzlicher Milderungsgrund ... eine erhebliche Minderung der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit führt zwar stets zu einer Verminderung der Schuldfähigkeit, aber nicht notwendig zu einer solchen Minderung der Schuld im Ganzen, daß stets die Bestrafung aus einem milderen Strafrahmen geboten wäre" (Lackner, 21.3.a., 1987).

Neben den bekannten 3 Gruppen „biologischer" Störungen, die zu einer Aufhebung oder Verminderung der Schuldfähigkeit führen können, sind für § 21 „... vor allem Psychopathien, Neurosen, Triebstörungen, Folgeerscheinungen von Alkohol- oder Drogenabhängigkeit und alkoholbedingte Rauschzustände" bedeutsam (Lackner 21.2., 1987). Es bedarf also keineswegs – wie offenbar von manchen Gutachtern (s. u.) angenommen – einer Umdefinition einer neurotischen in eine Suchterkrankung, um bei entsprechender gutachterlicher Indikationsstellung für § 21 StGB plädieren zu können. Der gesetzliche Rahmen erscheint weit genug für eine differenzierte psychopathologisch-neurosenpsychologische „Beweisführung"; er wird gutachterlicherseits bei pathologischen Spielern leider nicht immer voll genutzt.

Die Aufgaben des Sachverständigen bei der juristischen Urteilsfindung werden von Dreher und Tröndle (1986) in folgender Weise zusammengefaßt: „Der Sachverständige hat dem Gericht keine rechtlichen Schlußfolgerungen, sondern lediglich Tatsachen mitzuteilen ... allerdings nicht nur hinsichtlich der biologischen, sondern auch hinsichtlich der psychologischen Fragen; die Feststellung des Tatmotivs ist jedoch Aufgabe des Tatrichters ... ob eine Psychopathie Krankheitswert hat, ist keine Rechtsfrage; die Entscheidung, inwieweit Unrechteinsichtsunfähigkeit oder Steuerungsunfähigkeit anzunehmen ist, liegt jedoch allein beim Richter, wobei er aber die vom Sachverständigen festgestellten Tatsachen nicht beiseite schieben ... darf."

Weiter heißt es: „Ein Sachverständiger ist ein völlig ungeeignetes Beweismittel, wenn es nicht möglich ist, ihm die tatsächlichen Unterlagen für sein Gutachten zu verschaffen". Letzteres kann natürlich nur für die Objektivierung der angelasteten Straftaten, nicht für die Feststellung psychobiologischer Störungen und die Handlungsmotivation gelten.

Bei der Begutachtung pathologischer Spieler ist selten die delinquente Handlung als solche umstritten, sondern ihre motivationale oder „kausale" Begründung. Abgesehen davon, daß ein psychopathologisch-psychotherapeutischer Sachverständiger eine integrierende Person im Verfahren bleiben und nicht zum „Beweismittel" des Gerichtes werden möchte, ist seine Aufgabe heute neu zu definieren:

- Die Feststellung des „Tatmotives" ist im Begutachtungsfalle in erster Linie die Aufgabe des Gutachters – des Experten für Motivationspsychologie und Psychopathologie. Die zur Beurteilung herauszuarbeitenden individuellen und systemischen (auch sozialen) „Ursachen des Tatmotives" (d.h. der Handlungsmotivation) sind zugleich die entscheidenden „Beweismittel" für die Beurteilung der „Unrechteinsichtsfähigkeit" oder Steuerungsfähigkeit. Der Richter zieht aus den entsprechenden gutachterlichen Feststellungen die strafrechtlichen Konsequenzen.
- Der „normalpsychologischen Plausibilität" des Sachverständigenurteils kommt deshalb für das Gericht, und nicht zuletzt auch für die Betroffenen, eine erhebliche Bedeutung zu. Diese normalpsychologische Plausibilität muß aber wiederum klar durch die Methoden der Psycho-Wissenschaften von „laien-plausiblen" Erklärungsmodellen abgegrenzt sein, die bei so zeitgeistgebundenen Störungen, wie dem pathologischen Glücksspielen, in höchstem Maße durch die Medien im Bewußtsein der Bevölkerung geprägt werden.

So ist es u.a. die Aufgabe des Sachverständigen, im Auftrage des Gerichtes populäre und medienwirksame Laienkonstrukte wie „Spielsucht" hinsichtlich ihrer theoretischen Angemessenheit und ihrer Brauchbarkeit für die Begutachtung (einschließlich der Beurteilung der Behandelbarkeit und Rückfallprophylaxe) – und damit im Gerichtsverfahren – zu klären.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben ist eine besondere und mehrschichtige *Qualifikation des Gutachters erforderlich*. In der juristischen Literatur (z.B. Dreher u. Tröndle, 1986) ist diese bisher nicht dem heutigen Stand der „Psycho-Wissenschaften" entsprechend formuliert: „Wenn *krankhafte* Zustände in Betracht kommen, ist ein Psychiater nicht entbehrlich. ... im Falle *nicht krankhafter* Zustände hat der Richter nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, ob er einen Psychiater, Psychologen, Psychoanalytiker, Psychosomatiker oder mehrere Sachverständige hinzuzieht." Damit müßte der Richter in einem ihm fachfremden Bereich – hinsichtlich der Frage, ob krankhafte oder nicht krankhafte Zustände vorliegen – vor-urteilen, bevor ein Experte (Gutachter) urteilen und das Gericht dann (u.a.) ver-urteilen kann. Aus diesem Dilemma kann eine konkret-inhaltliche Definition erforderlicher Gutachterqualitäten bei einer spezifischen Fragestellung heraushelfen.

Damit ein Sachverständiger Ursachen und Funktionen pathologischen Glücksspielens einerseits und delinquenten Verhaltens andererseits bei einer Person adäquat untersuchen und beurteilen kann, sollte er möglichst alle folgenden Qualifikationen erworben haben:

- Mehrjährige, intensive psychopathologische und psychotherapeutisch-/verhaltenstherapeutische Weiterbildung und Erfahrung, mit: a. schulübergreifender, eingehender Kenntnis neurosenpsychologischer Denkmodelle, um zu wissen, wonach bei der Begutachtung zu suchen ist; b. spezifischer Gesprächsführung und therapeutischem Interaktionsstil als Voraussetzung für die Aufdeckung der vom Probanden häufig „nicht-gewußten" Ursachen bzw. aufrechterhaltenden Bedingungen des Spiel- und/oder des delinquenten Verhaltens.
- Eingehende, eigene therapeutische Erfahrung in der Behandlung von pathologischen Spielern.
- Vertrautheit mit den ökonomischen, soziologischen und technischen Bedingungen und Merkmalen der unterschiedlichen Glücksspielformen.
- Vertrautheit mit dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem, um dem Gericht geeignete Institutionen für eine ursachen-bezogene Behandlung zur Verminderung der Rückfallgefährdung (unabhängig von dem juristisch zu vertretenden Strafmaß) geben zu können.

Mit den an erster Stelle genannten Voraussetzungen kann der Gutachter in der Verhandlung als „Katalysator" das Gespräch zwischen Richter (oder Staatsanwalt) und Angeklagtem erleichtern – nachdem das therapeutisch geführte gutachterliche Gespräch dem Probanden bereits zu einem deutlich verbesserten Selbstverständnis verholfen und das schriftliche Gutachten dem Gericht schon vor Behandlungsbeginn die psycho-sozialen und persönlichen Entwicklungsbedingungen transparenter gemacht hat.

Mit der beschriebenen Gesamtqualifikation kann der Gutachter die vom Gericht heute häufig offener formulierten Gutachtenaufträge mit folgenden explizit oder implizit enthaltenen Fragestellungen beantworten:

- War das zum Zeitpunkt der zur Last gelegten Taten bestehende (exzessive) Spielen ein eigenständiges, krankhaftes Spielen oder war es symptomatischer Ausdruck einer psychiatrischen oder medizinischen Grunderkrankung?
- Waren die zur Last gelegten Taten Beschaffungsdelinquenz im Rahmen eines eigenständigen krankhaften Spielens oder symptomatischer Ausdruck einer psychiatrischen oder medizinischen Grunderkrankung?
- Besteht eine für die Gesellschaft bedrohliche Rückfallgefährdung, und wie kann dieser gegebenenfalls vorgebeugt werden?
- Besteht eine individuelle Behandlungsbedürftigkeit, und wie kann diese in inhaltlich möglichst optimaler Weise (unter Berücksichtigung evtl. strafrechtlicher Konsequenzen der Delinquenz) und mit welcher kurz- und mittelfristigen Prognose befriedigt werden?

Der Prozeß der psychopathologisch-psychologisch-medizinischen „Wahrheitsfindung", der juristischen „Urteilsbildung" und der psycho-sozialen Problemlösung bei „pathologischem Spiele und Delinquenz" ist bisher durch überwiegend gute Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten sowohl im „Suchtmodell" (s. u.) wie im „Neurosen"- oder „multimodalen psychopathologischen Modell" (s. u.) geprägt. Das mag z. T. daran liegen, daß Richter und/oder Anwälte sich den in ihr eigenes Modell „passenden" Gutachter suchen können. Trotz der allseitigen Kooperationsbereitschaft sind die Prozeßergebnisse aber noch allzuoft nicht zufriedenstellend, da zwi-

schen der Option von Strafe oder Therapie alljene in ein Loch fallen, die in erster Linie langfristiger, stabiler pädagogischer Begleitung zum sozialen Nachlernen und zur Stabilisierung in der Lebensführung bedürfen.

Die „Spielsucht" in der Forensik

Seit Gieses Bemühen, aus krankhafter sexueller Devianz heraus delinquent handelnde Personen möglichst weitgehend vor einer Bestrafung zu schützen und alternativ einer Behandlung zuzuführen, sind Versuche „nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten" den Süchten gleichzusetzen – um dadurch parallel laufende Strafhandlungen exkulpieren zu können – immer wieder zu verzeichnen gewesen. Vor allem Schumacher (1981) hat diesbezüglich die deutschsprachige Forensik beeinflußt. Er argumentiert im Hinblick auf „Hörigkeit", Fetischismen oder Spielleidenschaft: „bei echten Abhängigkeiten ist die Störung aufgebaut in Art einer neurotischen Symptombildung, spezieller noch: in Art eines Zwangssymptoms". Die 5 Hauptargumente von Schumacher sind in Tabelle 1 zusammengefaßt.

Tabelle 1. „Führende Merkmale für eine Abhängigkeit" (Schumacher, 1981).

(„... fünf Kriterien ..., die auch bei nicht-stoffgebundenen Formen den Charakter einer Sucht begründen können")

1. Der Symptomcharakter eines Verhaltens, d.h. der Aufbau der Störung gleicht dem eines neurotischen Symptoms.
2. Der Wiederholungszwang. Ebenfalls wie bei neurotischen Symptombildungen ist ein zwanghaftes Sich-Wiederholen der Verhaltensauffälligkeit beobachtbar.
3. Das Merkmal der Progredienz (Intensität des Verhaltens selbst, der inneren Anteilnahme und der zeitlichen Ausdehnung).
4. Eine Entdifferenzierung der Persönlichkeit (Einengung aller sozialen Bezüge, Verlust an Interessen außerhalb des Spielens – bis hin zu einer Art sozialer Defektbildung).
5. Das Auftreten von psychischen, u.U. auch physischen Entzugserscheinungen.

Unter dem Aspekt der Minderung der Fähigkeit zur Steuerung und Selbstbestimmung erscheint das Merkmal der Symptomwertigkeit von besonderem Gewicht. **Bei echten Abhängigkeiten ist die Störung aufgebaut in Art einer neurotischen Symptombildung, spezieller noch in Art eines Zwangssymptoms.**

„Erst die Zwanghaftigkeit, das Nicht-mehr-vom-Ich-Beeinflußbare, die Eigengesetzlichkeit und Automatik, mit der das Geschehen abläuft, indiziert den Symptom- und damit den Suchtcharakter eines Verhaltens". Im Umkehrschluß ordnet Schumacher damit implizit die Zwangsneurose den Süchten zu, statt einige der sogenannten „süchtigen" Verhaltensweisen den Neurosen bzw. Zwängen zuzuordnen (s. ähnliche Argumentation kürzlich bei Marks, 1991).

Im Rahmen der in den 80er Jahren vor allem in den Medien progagierten „Versüchtelung der Gesellschaft" (s.a. Gross, 1989) wurde die vorerst letzte Variante der Suchtzuordnung pathologischen Spielens bei der Begutachtung von Spielern eingeführt (Meyer, 1988; Meyer et al., 1990): auf der Basis der Kriterienliste aus dem

Diagnostischen und Statistischen Manual (DSM-III bzw. DSM-III-R) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (1980 bzw. 1987). In diesem Manual wird pathologisches Spielen zusammen mit folgenden Störungen den „Störungen der Impulskontrolle" zugeordnet: Kleptomanie, Trichotillomanie, Pyromanie, intermittierende exposible Störung.

Zweifel an der Homogenität der hier zusammengestellten Störungen bzw. die Frage, weshalb dann nicht auch eine ganze Reihe anderer Störungen unter dieser Überschrift subsumiert wurden, zeigen die Fragwürdigkeit der Klassifikation dieser Störungsgruppe.

Die Merkmalsliste im DSM-III-R (Tabelle 2) besteht aus 9 Verhaltensweisen und Verhaltenskonsequenzen des Spielens, wobei „pathologisches Spielen" immer dann vorliegen soll, wenn mindestens 4 Positivantworten gefunden werden (diese Kriterien ähneln denen, die bereits von Bergler, 1957, herausgearbeitet worden sind).

Tabelle 2. Pathologisches Spielen: DSM-III-R Kriterien der Klassifikation (312.31).

(1) Häufige Beschäftigung mit dem Glückspiel oder damit, Geld für das Spielen zu beschaffen.
(2) Häufiges Spielen um größere Geldsummen oder Spielen über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt.
(3) Das Bedürfnis, die Höhe oder die Häufigkeit der Einsätze zu steigern, um die gewünschte Erregung zu erreichen.
(4) Ruhelosigjkeit oder Reizbarkeit, wenn nicht gespielt werden kann.
(5) Wiederholte Geldverluste beim Spielen und Zurückkehren am anderen Tag, um die Geldverluste wieder wettzumachen.
(6) Wiederholte Versuche, das Spielen einzuschränken oder zu beenden.
(7) Häufiges Spielen, obwohl das Erfüllen sozialer oder beruflicher Pflichten vorrangig wäre.
(8) Aufgeben einiger wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten, um zu spielen.
(9) Fortsetzung des Spielens trotz Unfähigkeit, die wachsenden Schulden zu zahlen, oder trotz anderer bedeutender sozialer, beruflicher oder gesetzlicher Probleme, von denen der Betroffene weiß, daß sie durch Spielen verschlimmert werden.

Meyer setzt – wie ein Teil der Autoren des DSM-III-R – „pathologisches Spielen" den stoffgebundenen Süchten gleich. Als einzige „Sucht-"Gutachter beurteilen er bzw. seine Gruppe nach diesem entscheidenden Kriterium die Schuldfähigkeit für delinquente Handlungen bei Spielern. Auch in den jüngsten Publikationen (Meyer et al., 1990; Meyer u. Fabian, 1990), die ein aus den Arbeiten unserer und einiger anderer Arbeitsgruppen übernommenes multikausales Modell pathologischen Spielens enthält, ist die nach DSM-III-R operationalisierte „Spiel-Sucht" das entscheidende forensische Kriterium geblieben. Der Hinweis, daß die DSM-III-R Kriterien „allein jedoch nicht als Kriterien für die Beantwortung forensischer Fragestellung ausreichen" und daß vor allem „Persönlichkeitsveränderungen in Folge pathologischem Glücksspiels" eingetreten sein müssen, wird zwar aus Literaturzitaten abgeleitet, hat bei der Beschreibung der Beurteilungspraxis der Autoren jedoch eine äußerst untergeordnete Bedeutung. Aus Sicht amerikanischer Suchtforscher (Blume, 1987/88) stellt dies einen Mißbrauch der DSM-III-R Diagnose „pathologisches Spielen" dar, da diese nicht zur Beurteilung der Schuldfähigkeit von delinquenten Spielern gedacht und geeignet ist.

Ähnliches gilt für die ständig wiederholte Argumentation, daß „süchtige" Spieler bei Abbruch von Spielsituationen eine oftmals unerträgliche „Entzugssymptomatik" entwickeln würden.

Als „typische Entzugssymptome" bei pathologischem Spielen werden angeführt:

Tabelle 3. „Glücksspiel-Entzugssymptome" (nach Meyer, 1988).

Unlust	
Reizbarkeit	
Schlafstörungen	
Alpträume	
	Schweißausbrüche
	Zittern
	Motorische Unruhe
	Innere Unruhe

Die „Entzugssymptome" sollen dann – ab einer bestimmten Intensität „zwingend" – zur Delinquenz führen: „Wenn die eigenen Resourcen und legalen Wege zur Erlangung finanzieller Mittel erschöpft sind und aufgrund der Abstinenzunfähigkeit – des dranghaften Verlangens nach dem Glücksspiel – das Ziel der Geldbeschaffung beibehalten wird, wird der Handlungsdruck so hoch, daß die betreffenden Spieler immer höhere moralische Hemmschwellen überschreiten und schließlich Straftaten begehen, um die benötigten Geldmittel zu erlangen"; sofern „ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem pathologischen Glücksspiel und den Taten festgestellt werden kann, so ist in der Regel davon auszugehen, daß die inkriminierten Delikthandlungen als indirekte Beschaffungskriminalität zu qualifizieren sind, deren Motivation durch die nicht mehr steuerbare Spielmotivation geleitet war. ... Insofern liegt in diesen Fällen eine erhebliche Einschränkung der Steuerungsfähigkeit vor" (Meyer et al., 1990; identische Argumentation in Meyer u. Fabian, 1990). Eine solche exkulpierende „Motivationspsychologie", ausgeweitet auf alle etwa 50 beschriebenen nicht-stoffgebundenen „Süchte" und auf die stoffgebundenen Süchte (und im Zusammenhang mit diesen auftretende Delinquenz), würde eine tiefgehende Neuordnung der Rechtsprechung hinsichtlich des Schutzes von Eigentum erforderlich machen (s. Hübner, 1990), für die ein gesellschaftlicher Konsens gegenwärtig nicht zu erzielen wäre.

Wesentlich schwerwiegender als diese Überlegungen zu sozialpolitisch-rechtlichen Konsequenzen der Ergebnisse dieses motivationspsychologischen Suchtmodelles ist jedoch die psychopathologische Tatsache, daß diese (angeblichen „Entzugs-") Symptome typischerweise vor allem bei Angsterkrankungen und bei Depressionen vorkommen. Nur der klinisch-psychopathologisch Unerfahrene kann aus dem Vorliegen solcher Symptome a priori auf einen Suchtmittel-Entzug schließen. Psychopathologisch viel naheliegender sind alternative Störungsmodelle mit für die Betroffenen wesentlich positiveren forensischen und therapeutischen Konsequenzen (s. u.).

Multimodale Bedingungs- und Funktions-Modelle pathologischen Spielens und delinquenten Verhaltens

Nach dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Literatur (Taber, 1987/88; Hand, 1992) und nach übereinstimmender Expertenmeinung auf den vergangenen 2 Weltkongressen zum *pathologischen Spielen* (Reno, 1988, London, 1990) ist pathologisches Spielen eine symptomatische Ausdrucksform potentiell völlig heterogener Störung oder Erkrankungen. Diese Beurteilung scheint auch in der neueren psychiatrischen Forensik (z. B. Bellaire u. Caspari, 1989; Körber, 1987 u. 1989; Saß u. Wiegand, 1990) zu überwiegen, wobei sich letztere Autoren explizit für die Anwendung des „Neurosen-Modells" (s. u.) aussprechen.

Das im vergangenen Jahrzehnt national und international, vor allem aufgrund staatlicher Förderungen, sehr stark angewachsene und weiter zunehmende Angebot an Glücksspielsituationen ist einer der „Zeitgeist-"bedingten Faktoren dafür, daß sich (vorerst noch vor allem männliche) Personen mit schwerwiegenden Problemen in der Lebensführung oder mit einer psychiatrischen Erkrankung zunehmend dem Glücksspiel zuwenden und mit diesem dann nicht ihren Lebensverhältnissen angemessen umgehen können.

Die Häufigkeit zusätzlich auftretender *delinquenter Handlungen* (nach der Entwicklung exzessiven Spielverhaltens) ist bisher weitgehend ungeklärt. Angaben, daß etwa 50% der befragten (überwiegend Automaten-Spieler) Gamblers Anonymous Mitglieder sich illegal Geld beschafft hätten (Meyer, 1989), wurden aus einer mit Sicherheit nicht repräsentativen Stichprobe von lediglich 13% (N = 437) der geschätzten Teilnehmer (N = 3100) aller deutschen Selbsthilfegruppen im Jahre 1987 gewonnen. Unter diesen waren 10% (also etwa 45) gerichtlich verurteilt worden. Die Überinterpretation solcher Daten („50% der pathologischen Spieler *müssen* sich illegal Geld besorgen, um mit ihrer Sucht leben zu können") könnte eher zu einer Diffamierung von GA Mitgliedern als zu einer Verbesserung der Hilfsangebote für Spieler führen. Auch der Versuch, über statistische Pfad- und Clusteranalysen (der Daten aus der o. a. Studie) delinquentes Verhalten als „zwingende", spielbedingte Entwicklung besser zu beweisen (Meyer u. Fabian, 1990), überzeugt angesichts dieser zahlenmäßig kleinen, nicht repräsentativen Stichprobe ebensowenig, wie die in der entsprechenden Arbeit zitierten Daten aus anderen Studien (mit eher noch kleineren Fallzahlen) mit Spielern, die ebenfalls vorselektiert und nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation pathologischer Spieler sind. Von den an unserer Ambulanz ratsuchenden über 400 Spielern gaben unter 5% delinquente Handlungen zur Geldbeschaffung für das Spielen an – auch dies ist aber ein Ergebnis aus einer nicht-repräsentativen Stichprobe. Wie häufig Delinquenz bei Spielern tatsächlich vorkommt, ob der prozentuale Anteil unter Automaten-, Casino- und Börsenspielern deutlich unterschiedlich ist, und wieviele solcher Handlungen nicht entdeckt werden bzw. straffrei bleiben, das läßt sich aus den bisherigen Erhebungen nicht ableiten.

In der forensischen Begutachtung delinquenter Spieler ist es daher unverzichtbar, alle denkbaren Kausalverknüpfungen zwischen Spielen und Delinquenz zu überprüfen:

- Delinquenz als Folge der Spielverluste und/oder des „Entzugs" durch Nicht-weiter-spielen-können.

- Delinquenz als mit dem Spielen zeitgleich auftretendes, funktional davon jedoch weitgehend unabhängiges Verhalten, z.B. Delinquenz und Spielen als voneinander unabhängige Folgen einer (psychischen) Grunderkrankung oder grundlegenden Persönlichkeitsstörung.
- Delinquenz als eigenständiges Verhalten („charakteristisches Element der persönlichen Lebensführung"), das in unserem gesellschaftlichen Normensystem eher strafrechtlich als motivationspsychologisch-therapeutisch bewertet wird.

Nehmen wir also ein multimodales Bedingungs- und Funktionsmodell (s. Hand, 1986 u. 1992) sowohl für das pathologische Spielen wie auch für das delinquente Verhalten an, so läßt sich das folgende Schema erstellen (Abb. 1), in das die jeweiligen Kausalbeziehungen einzelfallspezifisch einzutragen wären.

GRUND-ERKRANKUNG	(HIRN-) ORGANISCHE ERKRANKUNGEN	ENDOGENE PSYCHOSEN	NEUROSEN / PERSÖNLICHKEITS-STÖRUNGEN	SUCHT	AKUTE DISTRESS SITUATIONEN	PSYCHO-PATHIE	
MEDIATOREN	VERFÜGBARKEIT VON (GLÜCKS-)SPIELSITUATIONEN				PSYCHO-SOZIALE ZUSATZBEDINGUNGEN		
SYMPTOM VERHALTEN	PATHOLOGISCHES GLÜCKSPIELEN				DELINQUENZ		
THERAPIE	SOZIO-THERAPIE	FAMILIEN-THERAPIE	PAAR-THERAPIE	PSYCHO-/ VERHALTENS-THERAPIE	PHARMAKO-THERAPIE	ENTZUGS-THERAPIE	

Abb. 1. Diagnostik und Therapie pathologischen Spielens.

Die Heraushebung der Neurosen und der Persönlichkeitsstörungen in dieser Übersicht entspricht der Betonung und der Bewertung, die diese Störung als (Haupt-)„Ursachen" für pathologisches Spielen in der Literatur haben (s. dazu auch Moran, 1970; Hand u. Kaunisto, 1984; Kröber, 1989; Bellaire u. Caspari, 1989). Unser entsprechendes, bereits Ende der 70er Jahre entwickeltes und 1984 erstmals publiziertes, Theorie- und Therapiemodell, wurde deshalb auch vereinfachend als „Neurosen-Modell" – als Alternative bzw. Ergänzung zum „Sucht-Modell" – dargestellt.

Seit einigen Jahren wird ein solches Modell selbst von der „Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren" vertreten, mit der Empfehlung, den Begriff „Spielsucht" nicht mehr regelhaft zur Beschreibung exzessiven oder pathologischen Spielens zu verwenden – eine Empfehlung, an die sich die DHS selbst in ihren eigenen Publikationen bisher allerdings kaum gehalten hat.

Pathologisches Spielen – zumindest das von Männern an „30-Pfennig-Automaten" Deutscher Provenienz (nur an diesen ist das Modell gewonnen worden) – scheint al-

so vor allem unter folgenden Bedingungen aufzutreten (Hand u. Kaunisto, 1984; Hand, 1990 u. 1992):

1. Ablenkung von Depressivität aufgrund sozialer Schwierigkeiten (z.B. Arbeitslosigkeit), privater Probleme (Verlust/Trennung einer nahestehenden Person) oder als Folge des Fehlens einer sinnvoll erscheinenden Lebensperspektive (dann auch Stimulanz bei „Langeweile" mit Mangel an Aufgaben, Zielsetzungen oder Herausforderungen im Alltagsleben).
2. Abreagieren von inneren Spannungszuständen aufgrund von unlösbar erscheinenden Konfliktsituationen (z.B. in Partnerschaft oder Familie).
3. Kompensation von sozialer Isolierung oder sozialen Ängsten (z.B. Spielautomat als Kontaktersatz bei „Einzelgängern").

Kröber (1989) fand sehr ähnliche Ausgangsbedingungen bei über 30 Spielern in stationärer psychiatrischer Behandlung. Lesieur (persönliche Mitteilung, 1990) fand nahezu identische „Ursachen" bei den weiblichen (Casinoautomaten-)Spielern in den USA – während dort die männlichen Spieler andere Glücksspielformen über viel längere Zeiträume, auf anderem psychopathologischen Hintergrund und häufig im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenmißbrauch zeigten! Sollten diese Befunde bestätigt werden, dann läge ein weiterer schwerwiegender Grund dafür vor, amerikanische sucht-analoge Konzepte pathologischen Spielens – die bisher fast ausschließlich an männlichen Populationen genommen wurden – nicht auf deutsche („30-Pfennig"-Automaten-)Spieler zu übertragen. Ob nun pathologisches Spielen, als Reaktionsmuster auf die beschriebenen Situationen, diagnostisch eher als Folge einer neurotischen Persönlichkeitsentwicklung oder einer „Persönlichkeitsstörung" interpretiert wird, hat wesentlich geringere differentielle therapeutische und forensische Konsequenzen, als dessen Zuordnung zu den Suchterkrankungen: Spielsituationen sind eine potentielle Gefahr nur für Personen, die sich in einer dieser Lebenssituationen befinden, oder die unter einer der in Abb. 1 genannten psychiatrischen Grunderkrankungen leiden.

In der Regel ist die Behandlung kausal auszurichten. Nur für eine Minderheit kommt eine initiale und schwerpunktmäßige Sucht-Abstinenztherapie in Frage – zumal eine solche Therapie nur eine minimale Akzeptanz durch die Betroffenen selbst hat (also einen „hochschwelligen Spielentzug" darstellt).

Sofern man die in der Fach- wie Laien-Literatur eingebürgerten Begriffe (normales) „soziales Spielen", „pathologisches Spielen" und „süchtiges Spielen" beibehalten will, bietet sich aufgrund der an unserer Ambulanz gewonnenen Erkenntnisse folgendes Modell an (aus Hand, 1992):

"SOZIALES" (GLÜCK-) SPIELEN (CUSTER)	"PATHOLOGISCHES" (GLÜCK-) SPIELEN (DSM-III-R; DHS)	"SÜCHTIGES" (GLÜCK-) SPIELEN
C+ - Modell: Positive Verstärkung	Ø- - Modell: Negative Verstärkung	Prae → Para-Suizidales Verhalten
- SPASS AM SPIEL	—	—
- STIMULATION bei Langeweile	—	—
- "NOW - ISM" - Instant Befriedigung (geweckter) Bedürfnisse	- "ESCAP(E)-ISM" (Aktive Meldung) - Alltagsleben = "Schmerz" (Depression, Angst, Schuldgefühle, Ambivalenz) - Meldung von Schmerz im ziellosen Spiel (Schein-/Märchenwelt der Spielsituation)	—
	Provokation der Umwelt (Versuch von Auflösung und Aufrechterhaltung der Ambivalenz)	
- MATERIELLE SINNORIENTIERUNG in der Lebensführung	- MANGEL AN SINNORIENTIERUNG in der Lebensführung	- VERLUST AN SINNORIENTIERUNG in der Lebensführung
—	—	- "NICHT-GEWUßTE INTENTION" ZUM SUIZID (Passive Meldung) via sozio-ökonomischer Selbstzerstörung

Abb. 2. Motivation zum (Glücks-)Spielen.

Soziales Spielen ist zeitgeist- und kultur-bedingt. Auf dem Hintergrund einer überwiegend materiellen Lebensorientierung mit der Suche nach Instant-Befriedigung von häufig durch die Werbung erst geweckten Bedürfnissen ist es eine Begleiterscheinung entsprechender kultureller Entwicklungsphasen. Lerntheoretisch wird es verstärkt durch Belohnung bzw. erwartete Belohnung im Sinne von materiellem Gewinn oder aber Belebung eines als öde empfundenen Alltagslebens.

Pathologisches Spielen entwickelt sich demgegenüber bei Menschen, die ihre gesamte Lebensführung als überwiegend aversiv und von negativen Gefühlen (Angst, Depression, Schuldgefühle etc.) geprägt ansehen, und die vor diesem Negativzustand (C^-) in die Schein- oder Traumwelt (Trugwelt?) des Spielmilieus und -Gerätes ausweichen und sich dort von sich selbst ablenken. Entscheidend ist hier, daß keine Gewinnerwartung mehr besteht und auch wenige Positiverlebnisse stattfinden, sondern daß das Verhalten vor allem dadurch aufrechterhalten wird, daß Spielmilieu und Spielvorgang einen vorher bestehenden Negativzustand unterbrechen – der sofort wieder auftritt, wenn nicht weitergespielt werden kann (s.u., Depressionsmodell). Solche Menschen leiden pauschal unter einem deutlichen Mangel an Sinnorientierung in der Lebensführung.

Süchtiges Spielen schließlich ist charakterisiert durch massiv progrediente, selbstzerstörerische Spielaktionen, die meist parallel die ökonomische (rasche hohe Verschuldung) wie auch die soziale Existenz (Verlust aller engen Bezugspersonen) zerstören.

Aus unserer Sicht ist hier ein Äquivalent zu solchen Alkohol- oder Drogenabhängigen zu sehen, die diese Stoffe in ähnlicher Form gebrauchen. In allen Fällen kann von einer hohen Suizidbereitschaft bei noch fehlender endgültiger Handlungsbereitschaft gesprochen werden. Von einem solchen Spieler wird die Entscheidung über den finalen körperlichen Suizid an das „Schicksal" delegiert: Wenn in einem letzten verzweifelten Versuch noch einmal eine größere Geldmenge besorgt wurde, um aus der Verschuldung und dem Lügengeflecht gegenüber früher vertrauten Personen herauszukommen, und wenn dann dieses Geld beim Roulette auf eine Zahl gesetzt wird mit dem inneren Vorsatz „Wenn ich gewinne, kann alles wieder gut werden – wenn ich verliere, erschieße ich mich", dann wird die in solchen Situationen angeblich nicht selten erfolgende Suizidhandlung durch die magische Umdeutung als „Schicksalsentscheidung" erleichtert. Wäre es dann nicht angemessener, solche (stoffgebundenen oder nicht-stoffgebundenen) „süchtigen" Personen als eine Untergruppe von hochgradig Suizidgefährdeten (mit zeitgeistentsprechenden, progredient wirkenden Selbstvernichtungsmitteln) zu verstehen und zu behandeln?

Vergleich der forensischen Konsequenzen des „Sucht"- und eines multimodalen „Neurosen"-Modelles pathologischen Spielens und delinquenter Handlungen

Am Vergleich eines Depressions-Modelles und des Suchtmodelles pathologischen Spielens (nach Hand, 1992) soll exemplarisch dargestellt werden, daß solche Modelle mit ihren unterschiedlichen Implikationen erhebliche Konsequenzen für die Bewertung und Prognosestellung anläßlich der forensischen Beurteilung haben.

Abb. 3 zeigt das *Suchtmodell* als Erklärungsmuster für pathologisches Spielen und delinquentes Verhalten:

Nach einigen (zufälligen) Kontakten mit der Spielsituation (mit initialen Gewinnen) wird der genetisch bereits angelegte, noch verdeckte „Spielsüchtige" nun zum manifest und lebenslänglich Spielsüchtigen. Das betroffene Individuum kann nur noch im Rahmen des Behandlungsmodelles von Gamblers Anonymous die Verhaltenskonsequenzen der Spielsucht unterbinden. Gelingt dieses nicht, dann *muß* er in der Spielsituation aufgrund der Sucht solang spielen, bis kein Geld mehr zur Verfügung steht. Wird die Spielsituation dann verlassen, so kommt es zu den genannten „Entzugssymptomen" (merkwürdigerweise wird nie diskutiert, daß nach erzwungenem Verlassen einer Spielsituation ein überdauernder „Spielrausch" weiterbesteht). Um die unerträglichen Entzugssymptome beseitigen zu können, *muß* nach eingetretener Verschuldung illegal Geld besorgt werden. Sobald dieses zur Verfügung steht, *muß* aufgrund der Sucht schnellstmöglich wieder die Spielsituation aufgesucht werden. In diesem Modell werden die Angaben über „Entzugssymptome" und das rasche Verspielen von erbeutetem Geld als „Beweismittel" für das Vorliegen der Sucht. Im Suchtmodell ist die entscheidende Behandlung eine Suchttherapie mit langfristiger Einbindung in Selbsthilfegruppen – wobei ausgeblendet wird, daß für diese Vorgehensweise weder im deutschsprachigen Raum noch international überzeugende Effizienzuntersuchungen anhand von Langzeitkatamnesen vorliegen.

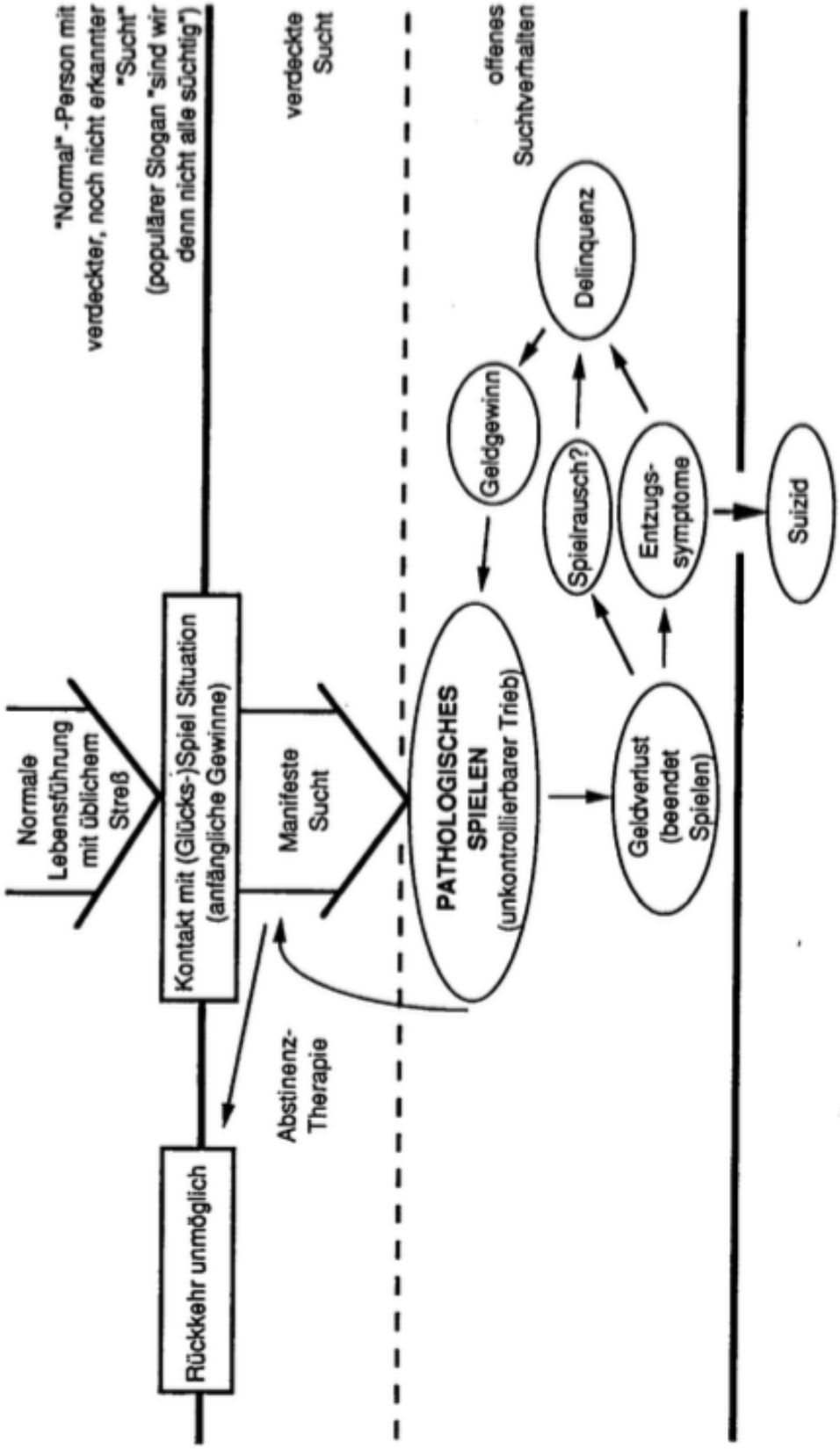

Abb. 3. Pathologisches Spielen und Delinquenz. Das „Sucht"-Modell.

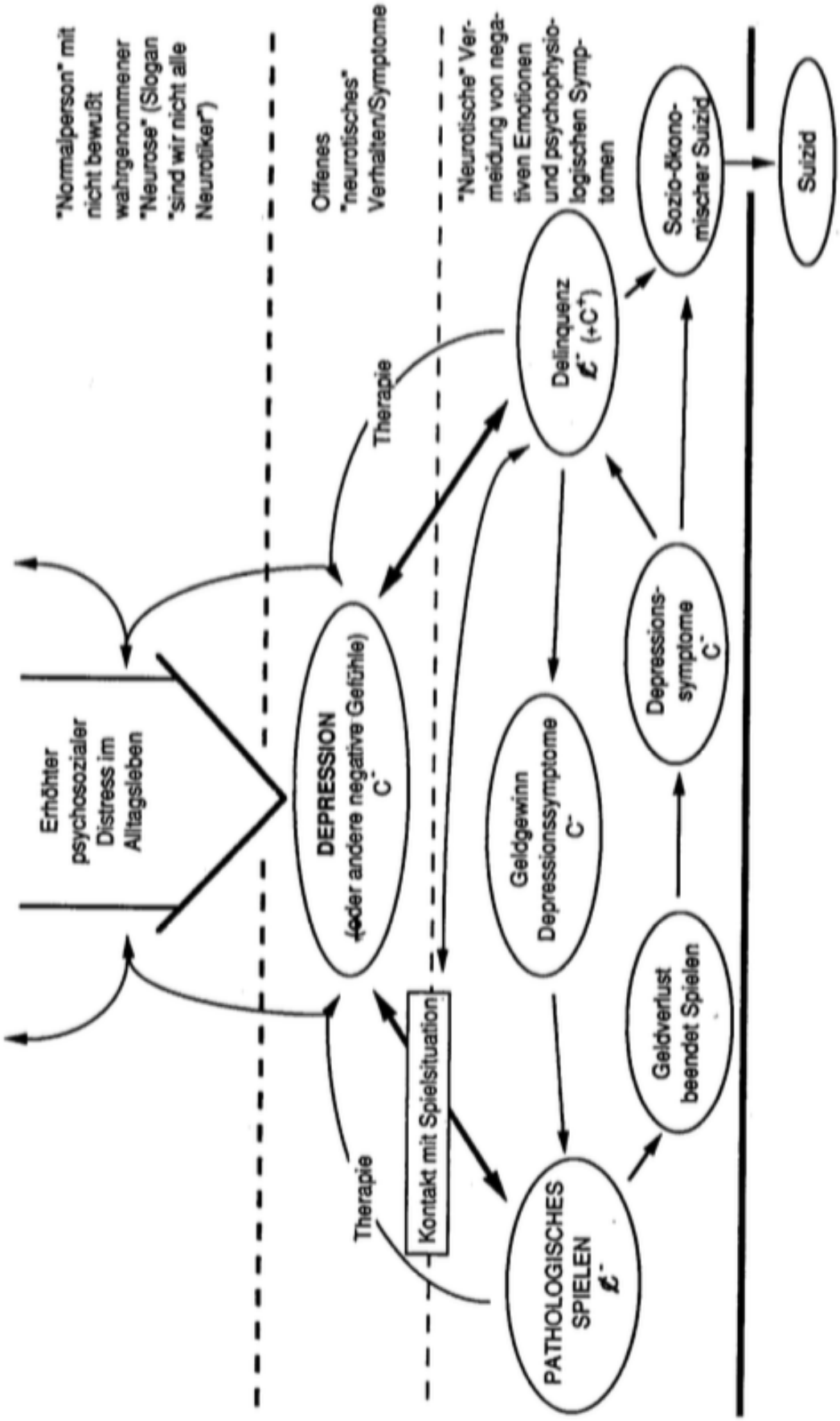

Abb. 4. Pathologisches Spielen und Delinquenz. Ein „Depressions-" oder „negative Verstärkungs-"Modell.

Lerntheoretisch könnte man deshalb von einem Modell der „erlernten Hilflosigkeit der Experten" sprechen, das zu einer äußerst ungünstigen Einschätzung der Prognose dieser angeblich lebenslänglichen, kausal nicht behandelbaren Erkrankung und zur Forderung nach intensiver (Lebens-)Langzeittherapie (ohne Belege für deren Wirksamkeit) geführt hat.

Der gleiche Patient kann von einem psychopathologisch-verhaltens-(psycho-)therapeutisch erfahrenen Experten ganz anders exploriert und diagnostisch zugeordnet werden (Abb. 4, Depressionsmodell pathologischen Spielens):

Aufgrund seiner spezifischen Qualifikation kann der Gutachter dem Probanden im mehrstündigen Interview (wir führen die gutachterliche Exploration von Spielern, aufgrund der hohen Bedeutung des Zeitfaktors für solche „Durchbrüche", in einer Sitzung über 4–6 Stunden als „Marathon-Interview" durch) helfen, endlich seine Gefühlsbarriere zu überwinden, woraufhin sich oft überzeugende Hinweise auf das Vorliegen einer bisher vom Betroffenen selbst innerlich noch nicht wahrgenommenen oder akzeptierten Depression herausarbeiten lassen. Der Proband interpretierte diese Depression bisher vor allem über andere negative Gefühle und Symptome, z.B. fälschlich als Entzugssymptome (s.o.). Darüber hinaus läßt sich das Akzeptieren oder gar „Zugeben" einer Depression überhaupt nicht mit dem „männlichen Loner-Cowboy"-Selbstbild vieler pathologischer Spieler vereinbaren!

In dieser Verfassung hat der Proband nun einen bis mehrere zufällige Kontakte mit Spielsituationen und stellt fest, daß es ihm in der Spielsituation deutlich besser geht. Er sucht diese bald sehr gehäuft auf, da dies anscheinend die einzige Umgebung und die einzige Beschäftigung ist, in der er sich nicht unwohl fühlt. Die kontinuierlichen Geldverluste haben keine aversiven Konsequenzen, da aufgrund der Depression für Geld ohnehin kein „sinnvoller" (im Sinne der Normalbevölkerung) Verwendungszweck besteht. Kann dieser Mensch nun aufgrund seiner Verluste akut oder länger nicht weiterspielen, so ist er wieder mit jener psychovegetativen Depressionssymptomatik (s.o.) konfrontiert, die er schon vorher hatte und durch das Spielen vorübergehend unterbinden konnte. Delinquentes Verhalten kann nun aufgrund unterschiedlicher Faktoren zusätzlich auftreten: z.B. dadurch, daß der (isoliert lebende) Spieler einerseits akut kein Geld mehr hat und andererseits in der Spielhalle oberflächliche Sozialkontakte zu Gleichaltrigen aufbauen konnte, die z.B. schon länger ein höherfrequentes delinquentes Verhalten (möglicherweise schon vor erstmaligem Spielen) zeigten. Im Rahmen der sich bildenden Gruppenkohäsion läßt er sich zum Diebstahl von Autoradios überreden. In der Gruppe entwickelt er sich bald zum Spitzenkönner im Radioausbau. Dadurch erhält er in kurzer Zeit eine bedeutende Funktion in der Gruppe – nachdem er aufgrund seiner Arbeitslosigkeit jahrelang aus der Entwicklung gleichaltriger ehemaliger Bekannter und Freunde ausgeschlossen war. Die Durchführung der delinquenten Handlungen mit der Gruppe erhält so eine doppelte (intraindividuelle $\mathbb{C}^-$ und interaktionelle C^+) Funktion: Die motorische Geschicklichkeitsanforderung des Radioausbaus ist in der Funktion durchaus dem Versuch vergleichbar, den Automaten durch Drücken von Tasten in seinen Abläufen zu beeinflussen – beides erlaubt die Ablenkung von negativen Gefühlszuständen ($\mathbb{C}^-$); zusätzlich kommt jedoch ein ausgeprägtes soziales Erfolgs-

erlebnis, nämlich der Aufstieg in der Gruppenhierarchie über seine „Leistung", hinzu (C^+). Sobald die Handlung vollzogen und der Gelderlös aus den verkauften Radios aufgeteilt ist, entfallen beide Verstärkerbedingungen, und die Gedanken an die Spielsituation setzen wieder ein. Nach dem Muster der „negativen Verstärkung" wird baldmöglichst wieder die Glücksspielsituation aufgesucht. Nach dem Depressionsmodell besteht auch für größere Geldsummen kein sinnvoller Verwendungszweck (in nahezu allen 30 vom Autor bisher forensisch untersuchten Spielern bestätigt), da depressionsbedingt ein weitestgehender Interessenverlust eingetreten ist.

Gelingt es nun, mit einem so beurteilten Spieler *im therapeutischen Dialog* (!) – der für die Begutachtung unverzichtbar ist – die entscheidenden Ursachen in seiner eigenen Person wie auch im sozialen oder beruflichen Umfeld herauszuarbeiten, so bietet sich jetzt – im Gegensatz zum Suchtmodell – eine gezielte Ursachentherapie mit häufig durchaus günstiger Prognose an (bei pathologischen Spielern ohne delinquentes Verhalten Erfolgsquote von etwa 65% – Klepsch et al., 1989).

Zum Unrechtsbewußtsein solcher (typischerweise junger) Männer sei angefügt, daß dieses zwar rational im juristischen Sinne vorhanden ist, emotional und „moralisch" aber kaum zum Tragen kommt: „Wir schaden doch letztlich niemandem. Man kann jeden Tag in der Zeitung lesen, daß die meisten Deutschen Versicherungsbetrug begehen. Wir tun doch den Autobesitzern noch einen Gefallen, die sind ja alle versichert, und am nächsten Tag haben die kostenlos ein nagelneues Radio im Auto." Mit Stolz wird oft noch angeführt, daß nahezu keine Kratzer und Schrammen am Auto hinterlassen wurden. Ähnlich argumentieren diejenigen, die nachts in Gaststätten einsteigen, um dort nach der Schließung Spielautomaten „auszuräumen". „Was ist Unrecht daran, daß wir uns nachts aus den Automaten das Geld zurückholen, das wir zuvor in sie hineingesteckt hatten und am nächsten Tag auch gleich wieder in sie hineinstecken."

Im Gegensatz zu den forensischen Konsequenzen aus dem „Suchtmodell" (s. S. 107f. in diesem Beitrag) *ergibt sich aus dem „Neurosenmodell":*

1. Da das Neurosen-Modell nur einen Teilbereich des multimodalen psychopathologischen Modelles darstellt, ist zuerst der differentialdiagnostische Ausschluß einer hirnorganischen, manisch-depressiven oder schizophrenen Erkrankung als Ursache pathologischen Spielens erforderlich (unter unseren ersten 17 Gutachtenpatienten war je einmal ein hirnorganischer Abbau und eine MDE als ursächlich für das pathologische Spielen anzusehen). Bei Vorliegen einer dieser Erkrankungen Abklärung, wieweit sie direkt oder indirekt (über das Spielen) auch als ursächlich für die delinquenten Handlungen anzusehen ist (dazu wird das übliche psychopathologische-psyiatrische Begutachtungsprinzip angewendet).
2. Bei Vorliegen einer Erkrankung nach dem „Neurosen-Modell" (im Sinne nicht-hirnorganisch, nicht-psychotisch bedingt) Differenzierung und Präzisierung der Unterformen, wie z. B.: Depressions-Modell (in dieses gehören sowohl subjektiv wahrgenommene wie lavierte Depression und Alexithymie), mit der Möglichkeit „nicht-gewußter Intention" zum Suizid (s. Hand, 1986 u. 1991); Konflikt-Aggressionsmodell, mit der Möglichkeit der „nicht-gewußten Intention" zur Provokation engster Bezugspersonen bis hin zu deren ökonomischer Gefährdung; „nicht-

gewußte" Suizidalität mit „Benutzung" des Spielens und der delinquenten Handlungen zum „sozio-ökonomischen Suizid" als erstem großen Schritt zur Selbstvernichtung.

3. Beurteilung der Schuldfähigkeit im Rahmen eines weitgefaßten Neurosen-Modelles, in der Regel aufgrund reduzierter Steuerungsfähigkeit trotz erhaltener Einsichtsfähigkeit in die Strafbarkeit der delinquenten Handlungen, insbesondere bei folgenden besonderen Konstellationen:

- Raptusartige Handlungsdurchbrüche auf dem Boden schwerer neurotischer Entwicklungen. Beispiel: der junge Mann ohne jede Gewalttätigkeit in der Vorgeschichte, der bei der Ehefrau eines Bekannten die Wohnung renoviert und diese Frau plötzlich würgend anfällt, als sie ihm ein Mittagessen zubereitet. Dieser Vorfall war dem Täter völlig unerklärlich, wurde auf Anraten seines Anwaltes als „Beschaffungsdelinquenz" dargestellt und ließ sich im therapeutischen Begutachtungsgespräch als aktuell getriggerte Reaktion auf eine in der Kindheit extrem traumatisch erlebte Mutterbeziehung (mit indirekter Tötung des Vaters durch die Mutter – aus der Sicht des Probanden) aufklären; nach dem Versuch der „Verdrängung" der Muttererlebnisse über Jahre, wurde in der scheinbar harmlosen Tatsituation aufgestaute und längst bewußtseinsferne Aggression durch mehrere Handlungsketten der überfallenen Frau explosionsartig ausgelöst (größtes Risiko für den Probanden selbst: hohe und für ihn nicht rechtzeitig erkennbare Rückfallgefährdung, sofern keine therapeutische Aufarbeitung stattfindet).
- Lebensführung als „präsuizidale Todesplanung", bei Personen mit langfristigen traumatischen Lebensbedingungen, die ihre Hilfe- und Perspektivlosigkeit sowie ihre Depression nicht bewußt „an sich herankommen" lassen können, und die über autodestruktives Spielen plus Delinquenz die Selbstvernichtung vorantreiben (hier besteht eine gewisse Analogie zur Parasuizidalität z.B. bei Verkehrsunfällen). Beispiel: der junge Mann mit über 10 Jahre eskalierten Versuchen, die früher durch Leistung innegehabte und dann durch Krankheit an den Bruder verlorene „Prinzenrolle" beim Vater wiederzugewinnen; diese Versuche waren nunmehr geprägt durch eskalierendes „auffälliges" und dabei zunehmend autodestruktives und zugleich den Vater provozierendes Spielverhalten, das schließlich durch delinquentes Verhalten ergänzt wurde. In der Abschlußphase der Eskalation zweimal Überfälle mit vorgehaltener Wasserpistole (bewußt mit vollem Risiko, daß Einsatzkommandos der Polizei scharf auf ihn schießen würden) – einmal auf die Hausbank des Vaters und beim zweitenmal auf den Zeitschriftenladen, in dem die Familie seit Jahren ein- und ausging. An beiden Plätzen war der Täter gut bekannt, seine Vermummung war in beiden Fällen so, daß er auch sofort erkannt wurde und jeweils über Polizeieinsätze bald gefaßt wurde.

  Ein ähnliches Beispiel ist die Casinospielerin mit hoher, nicht mehr rückzahlbarer Verschuldung. Nach langjähriger Ehe (beide Partner aus klassisch-gutbürgerlicher Familie), mit scheinbar hoher Stabilität und aus beiden Elternhäusern mitgebrachten bürgerlichen Normen, zieht der Ehemann völlig überraschend und ohne Vorbereitungszeit für die Probandin zu einer Freundin. Es folgt eine massiv depressive Reaktion und über Bekannte dann akzidenteller Casinokontakt mit nachfolgend rascher Eskalation. Das Casinospielen dient bewußt der Ablenkung vom Zusammenbruch der eigenen Lebensperspektive, die völlig auf Ehemann

und Familie ausgerichtet gewesen war; „nicht-gewußt" dient es der „Rache" am Ehemann – durch bald einsetzende und rasch zunehmende Verschuldung, für die der noch nicht geschiedene Ehemann mithaftbar und aus seiner subjektiven Sicht auch mitverantwortlich war; hier wird die durch den „Schuldenbetrug" der Spielerin eingeleitete Selbstzerstörung aufgrund depressiver Hilflosigkeit zugleich zur aggressiven Reaktion gegen den „Lebensbetrug" des Ehemannes – mit dem „nicht-gewußten" Versuch, auch seine weitere Lebensführung zu zerstören.

– Neben diesen Sonderformen der „nicht-gewußten Intentionen" für das Spielen und das delinquente Verhalten, gibt es nach außen hin weniger dramatische, dafür aber chronischer verlaufende ähnliche Entwicklungen, bei denen das Vorliegen der Indikation für § 21 zumindest nicht sicher ausgeschlossen werden kann, während in dem erstgenannten Fall das Vorliegen der Voraussetzung für die Anwendung von § 20 nicht sicher auszuschließen war.

Unter den über 30 vom Autor bisher begutachteten Spielern sind die Unterlagen von 18 bisher näher ausgewertet. Alle Spieler hatten eindeutig die Diagnose „pathologisches Spielen". In keinem Fall bestand jedoch ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Spielverhalten (das immer im Rahmen des multimodalen Kausalitätsmodelles erklärbar war) und den delinquenten Handlungen. Die zur Last gelegten Taten erfolgten nie unmittelbar nach Unterbrechung von Spielsituationen (im „Entzug" oder „Rausch") und dienten auch nicht unmittelbar der Befriedigung des „Spieldranges", wenn auch meist bald nach Erlangung von Geldbeträgen wieder in die Spielsituation zurückgegangen wurde (mangels attraktiver Alternativen in der Lebensführung).

Häufig waren die Probanden besonders in der Wahrnehmung und Vermittlung eigener Gefühle gestört. In 9 Fällen fand sich in sehr ausgeprägter Form der „Loner-" oder „einsamer Wolf"-Typ, der sich hinsichtlich seiner gefühlsmäßigen Reaktionen auf frühere und aktuelle Enttäuschungen und Kränkungen sowohl im Selbstbild wie insbesondere in der Außendarstellung als „cool" gibt, jegliches Verletzungsgefühl leugnet und sich als eher unverletzbar darstellt. Viermal stand die völlige Verdrängung von schweren Kindheitstraumata im Vordergrund, wobei ebenfalls typischerweise die Frage nach der Verarbeitung enttäuschender und verletzender Erlebnisse überspielt bis verleugnet wurde. Daneben fanden sich häufig ausgesprochene emotionale Verschlossenheit, gravierende Störungen in der gefühlsmäßigen Selbstwahrnehmung und immer wieder eine beeindruckende Diskrepanz zwischen der Bereitwilligkeit, mit der im „Marathon-Interview" (s. o.) belastende Ereignisse der Biographie rekonstruiert wurden, und dem Fehlen erkennbarer, adäquater emotionaler Begleitreaktionen.

Aktuelle und zumeist zugleich chronische Risikosituationen waren neunmal gravierende berufliche Schwierigkeiten, achtmal gravierende Beziehungsprobleme und fünfmal ausgeprägte primäre oder sekundäre soziale Defizite, für deren Bewältigung jeweils keine ausreichenden Möglichkeiten zur Verfügung standen. Häufig lagen fehlende Lebensplanung bzw. das Nichtvorhandensein erstrebenswerter Lebensziele vor, verbunden mit: erheblicher Frustrationsintolerenz; mangelndem Durchhaltevermögen; eingeschränkter Fähigkeit, selbständig und eigenverantwortlich zu handeln; fehlenden adäquaten Konfliktbewältigungsstrategien.

Auffällig war, daß 13 Probanden eine erheblich beeinträchtigte Vater-Sohn Beziehung angaben, wobei einem stark idealisierten Vaterbild eine ausgesprochen negative Realität gegenüber stand.

Entgegen ursprünglichen Erwartungen entstand bei keinem der insgesamt 30 Probanden in der Begutachtungssituation der Eindruck, daß wesentliche Informationen vorenthalten oder wissentlich falsche Angaben zur Erlangung der Diagnose einer „Spielsucht" (nach den seit Jahren in den Medien immer wieder nachzulesenden Kriterien) gegeben wurden, um eine tatmildernde diagnostische Zuordnung zu erreichen. Gerade in der zweiten Hälfte der Marathon-Interviews entwickelte sich, bis auf eine Ausnahme, ein recht tragfähiger, teilweise schon therapeutischer Kontakt. Meist erst in dieser Phase waren die Probanden in der Lage, diejenigen Informationen zu geben, die dann ihre psycho-soziale Entwicklung verstehbarer machten, bzw. dasjenige Tatsachenmaterial ergaben, aufgrund dessen die Voraussetzungen zur Anwendung von § 21 oder 20 (in einem Fall) festgestellt werden konnten. Der aus dieser Probanden-Gruppe gewonnene Eindruck steht also in krassem Gegensatz zu dem Eindruck, den Kröber (1988) aus der Begutachtung von (überwiegend weiblichen) Probanden mit der Diagnose „Kleptomanie" gewonnen hat!

Unter den 18 bisher ausgewerteten Begutachtungen wurde einmal die Voraussetzung für die Anwendung von § 20 nicht ausgeschlossen, siebenmal wurden die Voraussetzungen für die Anwendung von § 21 als gegeben betrachtet. Bei allen 18 Probanden wurde – unabhängig von der strafrechtlichen Beurteilung des delinquenten Verhaltens – eine überwiegend starke Indikation für die Durchführung einer Verhaltens-(Psycho-)Therapie und / oder langfristiger pädagogischer Maßnahmen gesehen (ausführlichere Analyse aller Begutachtungen bei Hand u. Skierka, in Vorbereitung).

Zusammenfassung

Der im Rahmen dieser Kurzdarstellung unternommene Versuch, Unterschiede zwischen den beiden gegenwärtig wohl gängigsten Begutachtungsmodellen bei pathologischem Spielen exemplarisch darzustellen, kann nur eine Anregung sein, sich vertiefend mit der Materie zu beschäftigen. Im Rahmen des multimodalen Kausalitätsmodelles wären eine Reihe weiterer Erklärungsmodelle exemplarisch anzuführen, was an dieser Stelle aus Raumgründen nicht möglich ist (s. dazu Hand u. Skierka, in Vorbereitung). Tabelle 4 zeigt noch einmal die wesentlichen Unterschiede zwischen beiden Begutachtungsmodellen.

Die gegenwärtige Situation wird am besten durch die widersprüchlichen Feststellungen verdeutlicht: „Eine ablehnende Haltung des Gerichtes gegenüber einer Anwendung des § 21 StGB bei festgestellter Spielsucht war allerdings in den Gutachtenfällen des Autors die Ausnahme" (Meyer, 1988); „Pathologisches Spielen oder Spielleidenschaft stellt für sich alleine keine die Schuldfähigkeit einschränkende seelische Störung dar" (BGH Beschluß vom 8. 11. 88 – 1 StR 544/88). Der gutachterlichen Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Anwendung des § 21 StGB aufgrund einer schweren neurotischen Entwicklung und einzelfallspezifischer,

Tabelle 4. Grundlegende Modelle für die Forensische Beurteilung Pathologischen Spielens.

„Sucht"-Modell		**„Neurosen"-Modell**
Muß symptom-orientiert erfolgen	Differential-Diagnose	Muß hierarchisch strukturiert und ursachenorientiert erfolgen
Ist kein Symptom einer zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung, sondern eine davon unabhängige Sucht	Exzessives Spielen	Tritt überwiegend sekundär zu anderen (psychiatrischen) Erkrankungen auf, einschließlich stoffgebundener Süchte
Ist die entscheidende Variable bei allen stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten und die Hauptursache für Rückfälle	Psychische Abhängigkeit	Ist schlecht definiert, eher irreführend, und behindert eine funktionale Bedingungsanalyse therapierbarer Variablen des „Krankheitsverhaltens"
Ist das entscheidende diagnostische Kriterium für die forensische Beurteilung	Abhängigkeit vom Glücksspiel	Existiert nicht „wirklich". In seiner mystischen Bedeutung ein für den Spieler vor Gericht risikoreiches Konzept.
Wird gegeben, wenn mindestens 4 von 9 DSM-III-R Kriterien erfüllt sind. Ist ein Äquivalent für die Diagnose „Süchtiges Spielen" und führt zumindest zu reduzierter Schuldfähigkeit	DSM-III-R Diagnose pathologischen Spielens	Für die forensische Beurteilung nicht relevant und auch nicht vorgesehen. Die forensische Beurteilung hat aufgrund der Ergebnisse einer komplexen funktionalen Psychopathologie zu erfolgen.

präziser Begründung der eingeschränkten Steuerungsfähigkeit wird von den Gerichten überwiegend gefolgt.

Die Attraktivität des *Sucht*-„Auszählmodelles" nach DSM-III-R liegt in der Simplizität der zu klärenden Verhaltensmerkmale bzw. Spielkonsequenzen und der Dichotomisierung in „vorhanden"/„nicht-vorhanden" anhand des (eher willkürlich festgelegten) Cut-off Punktes von 4 (oder mehr) Positivantworten auf der entsprechenden Checkliste – und damit in der scheinbaren „Eindeutigkeit" der Aussagen. Letztere beinhalten: liegt „pathologisches Spielen" (nach DSM-III-R) vor und hat dieses zu bestimmten Persönlichkeitsveränderungen geführt, dann ist es den Süchten zuzuordnen; damit ist in der Regel die Voraussetzung zur Anwendung von § 21 StGB gegeben.

Eine solche Vorgehensweise erlaubt eine zügige Verhandlungsführung und rasche Urteilsbildung, sofern alle Beteiligten dieses Modell annehmen. Die Verwendung der DSM-III-R Diagnose „pathologisches Spielen" zur Feststellung der Schuldfähigkeit delinquenter Spieler ist nach Ansicht amerikanischer Autoren (z.B. Blume, 1987/88) allerdings unzulässig.

Die Ableitung und Diskussion eines *multimodalen Kausalitäts- und Funktionsmodelles* pathologischen Spielens („Neurosen-Modell") einerseits und der delinquenten Handlungen andererseits erfordert einen wesentlich höheren Zeit- und gemeinsamen Arbeitsaufwand bei der Gutachtenerstellung wie in der Gerichtsverhandlung.

„Persönlichkeitsveränderungen" sind, im Unterschied zum Suchtmodell, als dem exzessiven Spielen und den delinquenten Handlungen vorausgehende Entwicklungen nachzuweisen – auch wenn sie mit diesen weiter eskalierten. Sie gehen als Indikatoren für ursächliche Prozesse in die Hypothesenbildung ein, während sie im Suchtmodell als Konsequenz der autochtonen, „biologischen" Suchterkrankung gelten.

Beide Modelle können durch Banalisierung unbrauchbar werden.

Die bei den vom Autor untersuchten Spielern häufigste Form der Delinquenz (s.o.) wird aus therapeutischer Sicht nicht selten zu hart bestraft durch Gleichsetzung mit gesellschaftlich wesentlich bedrohlicherer Delinquenz. Zusätzlich besteht eine erhebliche Inhomogenität der Urteilsbildung – bei gleicher gutachterlicher Stellungnahme – zwischen verschiedenen Richtern bzw. an verschiedenen Gerichtsorten. Schließlich besteht noch eine erhebliche Inhomogenität der Bewertung der gleichen Taten im Kontext pathologischen Spielens durch unterschiedliche Gutachter. *Eine Vereinheitlichung der gutachterlichen Bewertungsmaßstäbe und der juristischen Konsequenzen scheint im Interesse der „Gleichheit vor dem Gesetz" dringlichst geboten!*

Unabhängig von dem von gutachterlicher wie von gerichtlicher Seite favorisierten Störungs-Modell bleibt zu hoffen, daß durch die weitere Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Gutachter und Gericht – die in den meisten Verfahren bereits zufriedenstellend bis gut angelaufen ist – eine strafrechtlich gerechtere und einheitlichere, im Hinblick auf pädagogische oder therapeutische Erfordernisse noch überzeugendere Vorgehensweise entwickelt wird. Von gesellschaftspolitischer Seite ist jedoch zu letzterem Zweck eine wesentlich größere Bereitschaft erforderlich, Mittel und Einrichtungen für solche straffällig gewordenen Spieler zur Verfügung zu stellen, die vor allem längerfristiger sozialer und pädagogischer Unterstützung bedürfen – unabhängig davon, ob die Gesellschaft auf der Anwendung eines bestimmten Strafmaßes bestehen zu müssen glaubt. Viele Spieler mit höherfrequenten delinquenten Handlungen vor ihrer Festnahme hätten bei Haftverschonung ohne sofortige sozialpädagogische und/oder therapeutische Hilfestellung ein hohes Rückfallrisiko mit entsprechenden strafrechtlichen Konsequenzen und reduzierten Chancen für ihre weitere Lebensführung. Im Zwischenfeld zwischen Haftstrafe einerseits und stationär-ambulanter, spezialisierter Psychotherapie andererseits besteht für einen erheblichen Prozentsatz der straffällig gewordenen exzessiven Spieler (mit ihren geradezu typischen Entwicklungsdefiziten und Kontaktproblemen) eine Betreuungslücke, die Gutachter wie Gericht immer wieder vor unlösbare – wenngleich grundsätzlich lösbar erscheinende – Aufgaben stellt.

Literatur

American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed (DSM-III) APA, Washington DC. Deutsche Bearbeitung Koehler, K., Saß, H., Beltz, Weinheim 1984.

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and statistical manuel of mental disorders, 3rd ed – revised, (DSM-III-R) APA, Washington DC (deutsche Bearbeitung Wittchen, H. U. et al., Beltz, Weinheim 1989).

Bellaire, W., Caspari, D.: Die Behandlung von Spielern in der Universitäts-Nervenklinik. Psychiatrie. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation *2:* 15–18 (1989).

Bergler, E.: The psychology of gambling. Hill & Wang, N. Y. 1957.

Blume, Sh.: Compulsive Gambling and the medical model. Journal of Gambling Behavior *3:* 237–247 (1987/88).

Dreher, E., Tröndle, H.: Strafgesetzbuch und Nebengesetze. 43. Aufl., Bech, München 1986.

Gross, W.: Sucht ohne Drogen: Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben ... Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt 1989.

Hand, I.: Verhaltenstherapie und Kognitive Therapie in der Psychiatrie. In: Kisker et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 1986.

Hand, I.: Flucht in eine Scheinwelt. Pathologisches Spielen – sozioökonomische Basisbedingungen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. Das Parlament, *Nr. 12–13:* 15, 16. – 23. 3. 90.

Hand, I.: Neurosen: Interventionen. In: Perrez, M., Baumann, U. (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie, Bd. 2. Hans Huber, Bern 1991.

Hand, I.: Ambulante Kurzzeit-Verhaltenstherapie bei pathologischem Spielen – Theorie, Inhalte und Langzeitergebnisse: Ein Modell zum Verständnis und zur Therapie von „Abhängigkeitserkrankungen"? Verhaltenstherapie, 1992 (i. Vorb.).

Hand, I. Kaunisto, E.: Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glücksspielsituationen („Spielsucht"). Suchtgefahren *30:* 1–14 (1984).

Hübner, K.: Glücksspiel, Schuldfähigkeit und Beschaffungskriminalität – eine Erwiderung. MschKrim *72:* 236–237 (1989).

Klepsch, R., Hand, I., Wlazlo, Z.: Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen III: Zweite prospektive Katamnese der Hamburger Projektstudie. Suchtgefahren *35:* 35–49 (1989).

Kröber, H. L.: „Spielsucht" und Schuldfähigkeit – zur Notwendigkeit differenzierter Psychopathologie bei straffälligen Spielern. Forensia *8:* 113–124 (1987).

Kröber, H. L.: „Kleptomanie" als Familienspiel – Zur Schuldfähigkeit bei komplex motiviertem Stehlen. Nervenarzt *59:* 610–615 (1988).

Kröber, H. L.: Anmerkungen zum Beschluß des BGH v. 8. 11. 1988 – 1 StR 544/88: „Pathologisches Spielen" oder „Spielleidenschaft" stellt für sich allein keine die Schuldfähigkeit einschränkende seelische Störung dar. Juristische Rundschau, *9:* 379–382 (1989).

Lackner, K.: Strafgesetzbuch, 17. Aufl., Bech, München 1987.

Marks, I.: Behavioral (non-chemical) addictions. British Journal of Addiction *85:* 1389–1394 (1991).

Meyer, G.: Die Beurteilung der Schuldfähigkeit bei Abhängigkeit vom Glücksspiel. MschKrim, *71:* 213–227 (1988).

Meyer, G.: Glücksspieler in Selbsthilfegruppen – erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Suchtgefahren *35:* 217–234 (1987/88).

Meyer, G., Fabian, Th.: Delinquency among pathological gamblers – a causal approach. Unveröffentl. Vortrags-Manuskript, Eights International Conference on Risk and Gambling, London, Aug. 1990.

Mayer, G., Fabian, Th., Wetzels, P.: Kriminalpsychologische Aspekte und die forensisch-psychologische Wertung des pathologischen Glücksspiels. Strafverteidiger *10:* 464–469 (1990).

Moran, E.: Varieties of pathological gambling. Brit. J. Psychiat. *116:* 593–597 (1970).

Saß, H., Wiegand, C.: Exzessives Glücksspielen als Krankheit? Kritische Bemerkungen zur Inflation der Süchte. Nervenarzt *61:* 435–437 (1990).

Schumacher, W.: Die Beurteilung der Schuldfähigkeit bei nicht-stoffgebundenen Abhängigheiten. In: Festschrift für Werner Sarstedt. W. de Gruyter, Berlin 1981.

Taber, J. (ed.): Compulsive gambling – an examination of relevant models. (Special issue) Journal of Gambling Behavior *4:* Vol. 3 (1987/88).